



DAE
1/31/2005

IN THE UNITED STATES PATENT AND TRADEMARK OFFICE

**PETITION UNDER 37 C.F.R. §1.137(b) TO REVIVE AN UNINTENTIONALLY
ABANDONED APPLICATION**

APPLICANT: Siegfried Bocionek GROUP ART UNIT: 2621
SERIAL NO.: 09/885,617 EXAMINER: Ryan J. Miller
FILED: June 20, 2001 CONFIRMATION NO.: 5359
TITLE: "MEDICAL SYSTEM ARCHITECTURE WITH AN APPARATUS
FOR THE ACQUISITION AND PLAYBACK OF CURRENT
PHOTOGRAPHIC IMAGES OR IMAGE SEQUENCES"

MAIL STOP PETITION

Commissioner for Patents
P.O. Box 1450
Alexandria, Virginia 22313-1450

SIR:

Applicant filed Amendment "A" on October 1, 2004 in response to the non-final rejection dated April 27, 2004, together with a request for a two-month extension of time and a check for the requisite fee in the amount of \$420.00. A copy of the return postcard indicating receipt of Amendment "A" and the check in the amount of \$420.00 is attached hereto. Although this return postcard designated the correct Serial Number for this application, the Serial Number on Amendment "A" itself was incorrectly designated as 10/885,617, rather than the correct Serial Number 09/885,617.

On October 29, 2004, the undersigned counsel was contacted by telephone by Examiner Ryan Miller, who stated that no response to the non-final rejection dated April 27, 2004 had been received, and therefore the Examiner inquired as to whether such a response had been filed. The undersigned counsel informed Examiner Miller that such a response had been filed, and on the same day provided another copy of Amendment "A" to Examiner Miller by telefax.

On January 3, 2005, Examiner Miller informed the undersigned counsel for the Applicant of the aforementioned error in the Serial No. on Amendment "A". No explanation was given by Examiner Miller for the long time that elapsed between the Re-submission of Amendment "A" on October 29, 2004 and the telephone call informing the undersigned counsel of the error in the Serial No. on January 3, 2005. Examiner Miller stated that in view of this error, Amendment "A" could not be entered, and since more than six months have passed since the Office Action dated April 27, 2004, Examiner Miller stated the application is considered abandoned in the records of the Patent and Trademark Office.

A review of the file for this application in the PAIR system on the date that this Petition is being mailed still shows no indication in the file that this application has officially been designated as "abandoned." Nevertheless, the present Petition to Revive is being filed, and is accompanied by another copy of Amendment "A", with the correct Serial No. thereon.

The inclusion of the incorrect Serial No. on the original version of Amendment "A" was unintentional and inadvertent, and therefore the abandonment of this application in the records of the Patent and Trademark Office was unintentional.

This Petition is accompanied by a check for the requisite fee in the amount of \$1500.00.

Granting of the present Petition is respectfully requested.

Submitted by,

Steven H. Noll (Reg. 28,982)

SCHIFF, HARDIN LLP
CUSTOMER NO. 26574
Patent Department
6600 Sears Tower
233 South Wacker Drive
Chicago, Illinois 60606
Telephone: 312/258-5790
Attorneys for Applicants.

CERTIFICATE OF MAILING

I hereby certify that this correspondence is being deposited with the United States Postal Service as First Class mail in an envelope addressed to: Commissioner for Patents, P.O. Box 1450, Alexandria, Virginia 22313-1450 on January 24, 2005.

Steven H. Noll
STEVEN H. NOLL

CHI\4222601.1



MAIL STOP AMENDMENT

ON. COMMISSIONER OF PATENTS
P.O. BOX 1450
ALEXANDRIA, VIRGINIA 22313-1450

SIR:
PLEASE APPLY A RECEIPT STAMP HERETO AND MAIL TO
ACKNOWLEDGE RECEIPT OF THE ATTACHED:

Siegfried Bocionek

APPLICANT

September 27, 2004

MAILING DATE

AMENDMENT "A" PATENT & TRADEMARK OFFICE
TYPE OF DOCUMENT SEARCH REPORT

USSN 09/885,617 P01,0208

September 27, 2004
26965-0985 SHN

\$420.00 extension SEARCH REPORT
SCHIFF HARDIN & WAITE

BEST AVAILABLE COPY

Bildgebende Systeme für die medizinische Diagnostik

Autoren	Abschnitt
Mirca Alexandrescu	8.1.6.3
Karl Barth	8.2.5
Hansjörg Bittorf	4.1, 8.1.1
Eduard David	1
Peter Durak	8.2.3
Hartmut Duschka	8.1.4
Brigit Eicker	8.2.5
Walter Folberth	8.3.5
Thomas Grandke	11.3–11.3.2, 11.3.6
Christian Greinacher	13
Jörg Haendle	8.1.6.4–8.1.6.6
Wolfgang Häurer	2
Rainer Haerien	12, 12.2–12.3
Dietrich Hässler	7.1–7.3
Hans Heinrich	4.2
Gert Hetzel	12.1
Willi Kalender	5.5, 9.3
Peter Keil	5, 5.1–5.4
Bernd Keuenhof	8.1.6.1
Klaus Klingenberg-Regn	10, 10.1
Wolfgang Knüpfer	8.1.3–8.1.3.2, 8.1.5
Peter Krauß	8.2.1
Johann-Gerhard Kreft	8.3.2
Herbert Kühn	8.1.2
Gerhard Laub	11.3–11.3.2, 11.3.4–11.3.5
Reiner Liebenthal	9.1–9.2
Anton Nekovar	8.1.6.2, 8.1.6.7
Hartwig Newiger	10.2
Jürgen Niepel	8.3.1
Arnulf Oppelt	6, 7.1–7.3
Rolf Pfeifer	8.2.4
Hans-Erich Reinfelder	8.1.3.3
Heinz Runge	8.1.7
Rolf Sauer	11.3.7
Peter Scharf	8.2.6
Alfred Schenz	8.3.3, 8.3.4
Günther Schwierz	3
Hartmut Sklebitz	8.2, 8.3
Richard Soldner	7.4
Eckart Steiner	11.1–11.2, 11.3.3
Karl Wiesent	2
Oliver Zimmermann	8.2.2

3., wesentlich überarbeitete und erweiterte Auflage, 1995

Herausgeber: Heinz Morneburg

Für computergestützte *Bild-Informationsysteme* wurde im angelsächsischen Sprachraum das Akronym PACS geprägt [13.10, 13.11].

13.2.1 Aufgabenstellung

Die Hauptziele für den Einsatz eines PACS sind die Optimierung der Patientenversorgung, des Arbeitsablaufs in der radiologischen Abteilung, der Bildverteilung im Krankenhaus, der Bildversorgung für Forschung und Lehre und der Bildarchivierung.

Beim konventionellen Arbeiten mit Filmen führen die nicht immer zeitgerechte Bereitstellung eines bestimmten Filmes sowie der Verlust von Filmen dazu, daß die radiologische Untersuchung, deren Befundung und der Therapieeinsatz, d. h. die Patientenversorgung, zeitlich verzögert werden. PACS soll nun helfen, solche Bildverluste zu vermeiden, Suchzeiten auf ein Minimum zu reduzieren und unmittelbar nach der radiologischen Untersuchung die Bilder (zusammen mit dem dazugehörigen Befund) dem anfordernden Arzt zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu übermitteln.

Durch schnelle Bildkommunikation zum Arbeitsplatz des Radiologen kann die Qualität einer soeben entstandenen Bildserie sofort beurteilt, und anhand der unmittelbar nach jeder Untersuchung folge Fortgesetz oder modifiziert werden soll. Der direkte Zugriff vom diagnostischen Befundarbeitsplatz aus auf gespeicherte frühere Bildern verkürzt die Befundungszeit. Der Arbeitsablauf wird dadurch beschleunigt, der „Patientendurchsatz“ erhöht und die Belastung des einzelnen Patienten durch die Untersuchung verringert.

Der Forschung und Lehre werden durch computergestützten Zugriff auf Bilder und Befunde neue Möglichkeiten für die Vorbereitung und Durchführung von Konferenzen und Lehrveranstaltungen eröffnet. Beim Zugriff auf digital gespeicherte Bilder und Befunde werden Kollisionen mit Anforderungen zur Patientenversorgung vermieden.

Die digitale Bildarchivierung ermöglicht den Zugriff auf archivierte Bilder mit kurzen Suchzeiten. Heutige Archivmedien (optische Platten, optische Bänder) genügen der Forderung, daß diese über die Archivierungszeit (30 Jahre) ohne zwischenzeitliche Regenerierung stabil sein müssen. Die oft formulierten Forderungen, daß die Archivmedien trotz fortschreitender Technologienentwicklung über die gesamte Archivierungszeit mit vernünftigem Aufwand lesbar sein müssen,

vierte Daten nach etwa zwei Jahren drastisch abnimmt [13.12] und nach fünf Jahren weit unter einem Prozent liegt, so daß gegebenenfalls der Zugriff auf in „veralteter Technologie“ archivierte Bilder über einen Umsetzer erfolgen kann, ohne daß der dadurch verursachte Zeitverlust den Arbeitsablauf in der Radiologie stören würde.

13.2.2 Systemkonzept

Die Struktur mit den wesentlichen Komponenten eines PACS ist in Bild 13.2 dargestellt: Die bildzeugenden Systeme geben die generierten Bilder als elektrische Signale an ein Bildkommunikationsnetz ab. Die Bilder werden in einem Bildspeicher- und -archivierungssystem gesammelt. Von einer Vielzahl von Bildarbeits- und Bildbeobachtungsplätzen werden zu unterschiedlichen Zeiten von unterschiedlichen Orten gespeicherte Bilder angefordert und zur Befundung, zur Konsultation oder für Forschung und Lehre auf Bildmonitoren dargestellt. Dabei können sie untereinander und mit früheren Untersuchungen verglichen und nachbearbeitet werden. PACS ermöglicht es, den anfordernden Ärzten fertige Bilder über das digitale Kommunikationsnetz zuzusenden und diese auf den jeweiligen Bildbeobachtungsplätzen darzustellen. Da nicht in jedem Fall und zu jedem Ort die Bilder über das Kommunikationsnetz geschickt werden können (ambulanten Patienten müssen z. B. konventionelle Filmbilder mitgeben werden), erlauben an das Kommunikationsnetz angeschlossene Laserkameras die Dokumentation der Bilder auf Film.

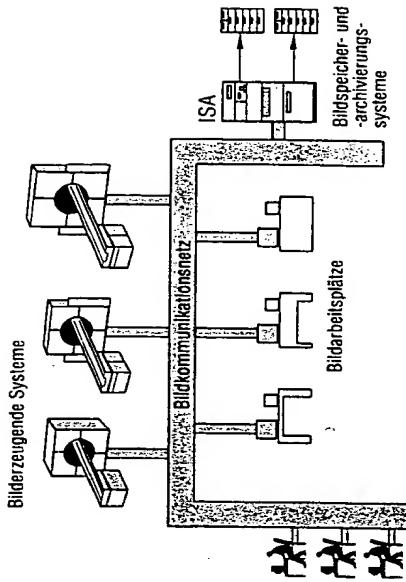


Bild 13.2 Grundstruktur eines PACS

Austausch von Patienten- und radiologischen Leistungsdaten.

Eine reale Systemarchitektur wird in Abschnitt 13.3.1 am Beispiel SIENET behandelt.

13.2.3 Standardisierung

Einzelne Subsysteme eines PACS können von unterschiedlichen Herstellern kommen. Subsysteme sind die bildzeugenden Systeme, das Kommunikationsnetz, das Datenhaltungssystem, die Bildarbeits- und Bildbetrachtungsplätze sowie die Laserkameras. Um die Kompatibilität dieser Subsysteme zu gewährleisten, müssen herstellerunabhängige Standards geschaffen werden für die Geräteschnittstellen, für die Bildheader und Bildformate, für die Kommunikationsprotokolle, für die Speicherformate sowie auch für die Bedienelemente und die Syntax der Benutzeroberfläche.

Nationale und internationale Fachgremien arbeiten an der Festlegung von Standards. Für die radiologischen Informationssysteme sind dabei OSI, TCP/IP, DICOM und IPI von besonderer Bedeutung.

OSI (Open Systems Interconnection) ist ein international standardisiertes Software-Architekturmodell, in dem kommunikationsorientierte Teifunktionen in insgesamt sieben aufeinander aufbauenden Funktionsschichten (OSI-Layers) systematisch strukturiert sind [13.13]. Innerhalb einer jeden Schicht werden die Regeln, denen die zugehörigen Kommunikationsfunktionen genügen müssen, als sogenannte Kommunikationsprotokolle definiert. Sie gewährleisten damit, daß die Kommunikationspartner im Netz sich gegenseitig verstehen.

Die beiden gebräuchlichsten nach OSI standardisierten Kommunikationsnetze und -protokolle, die heute zur Verfügung stehen, sind TCP/IP (Transport Control Protocol/Internet Protocol) auf ETHERNET mit einer Signallrate von 10 Mbit/s und TCP/IP auf FDDI (Fiber Digital Data Interconnect) mit einer Signallrate von 100 Mbit/s.

DICOM 3.0 (Digital Imaging and Communication) entstand aus der Zusammenarbeit des American College of Radiology (ACR) und der National Electrical Manufacturers Association (NEMA) [13.14]. DICOM standardisiert die Struktur der Formate und beschreibenden Parameter für radiologische Bilder und Kommandos zum Austausch dieser Bilder, aber auch die Beschreibung anderer Datenobjekte, wie Bildfolgen, Untersuchungsserien und Befunde. Auch die Beschreibung unterschiedlicher Verfahren zur Bilddatenkompression ist in DICOM festgelegt.

IPI (Image Processing and Interchange Standard) ist ein umfassender bildorientierter Standard für allgemeine Datenverarbeitungs- und Kommunikationsanwendungen [13.15, 13.16]. Weltweit unterstützt von der einschlägigen Industrie liegt IPI seit Mitte 1994 als internationaler Standard vor. DICOM beschreibt innerhalb von IPI die kontextspezifischen Merkmale.

In einem PACS müssen Patienten-, Anforderungs- und physikalische Untersuchungsdaten sowie Bilddaten und Befunde erfaßt, kommuniziert und gespeichert werden. Die Abschätzung des mittleren Datenvolumens der für einen Patienten angefertigten radiologischen Bilder ist mit einer größeren Schwankungsbreite behaftet (Tabelle 13.1).

Als repräsentativen Mittelwert kann man von 30 Bildern je radiologisch untersuchtem Patienten während seines Krankenhausaufenthaltes ausgehen bei einem Mittelwert von 1 Mbyte Bildinformation je Bild. Im Einzelfall muß die Schwankungsbreite zwischen 8 kbyte je Bild in der Nuklearmedizin, über 2 Mbyte bei der digitalen Subtraktionsangiographie bis zu 8 Mbyte je Bild bei der digitalen Lumineszenzangiographie beachtet werden.

Als Beispiel sei eine Abteilung mit 15 Untersuchungsräumen betrachtet: Im Mittel sollen je Tag und Raum 20 Patienten untersucht und je Untersuchung im Mittel 20 Bilder erzeugt werden. So ergeben sich für eine solche Abteilung je Tag $[5 \cdot 20 \cdot 20 = 6000]$ digitale Bilder. Diese grobe Abschätzung stimmt überein mit den in [13.17, 13.18] für ein 700- bzw. 900-Betten-Krankenhaus genannten Werten. Mit einem angenommenen Mittelwert von 1 Mbyte je Bild ergibt dies ein tägliches Bilddatenvolumen von 6 Gbyte.

Dieses abgeschätzte Datenvolumen kann bei Spitzentlast, insbesondere wenn auch kardiologische Röntgenuntersuchungen einbezogen werden, allerdings wesentlich überschritten werden. Für die nachfolgenden Abschätzungen wird deshalb von einem mittleren täglich erzeugten Datenvolumen von 10 Gbyte ausgegangen.

Tabelle 13.1
Struktur und mittlere Volumina der Daten eines stationären Patienten während eines Krankenaufenthaltes; Gesamtvolumina 30 Mbyte + 9 kbyte

Patientendaten	Anforderungsdaten	Physikalische Untersuchungsdaten	Bilddaten	Befunddaten
1 kbyte	1 kbyte	6 kbyte	30 Mbyte	1 kbyte

seines Krankenhausaufenthaltes bis zu 14mal zugriffen. Bei 10 Gbyte Tagesproduktion bedauert dies bis zu 140 Gbyte Bildtransfers. 80% dieser Last konzentrieren sich auf fünf Stunden Arbeitszeit. Dies entspricht einer Netzbelastung von großenteils 6 Mbyte/s als Mittelwert über fünf Stunden.

Neben der Häufigkeit des Zugriffs auf aktuelle Bilder ist jene auf bereits archivierte Bilder von Interesse. In [13.12, 13.17] wird von einer Untersuchung in einem 540-Betten-Krankenhaus berichtet, wonach jährlich auf 2,47% der im Archiv (5 Jahre) gelagerten 409 661 Filmtaschen zurückgegriffen wurde. Dies sind absolut 10 120 Filmtaschen, die pro Jahr aus dem Archiv geholt werden müssen. Bei im Mittel 25 Bildern pro Filmtasche muß also täglich auf etwa 1000 Bilder aus dem Archiv zugegriffen werden. Daraus läßt sich die Forderung ableiten, radiologische Bilder bis zu etwa einem Jahr im Direktzugriff in einem Speichersystem zu halten.

13.2.5 Anforderungen an das System

Für die benötigte Speicherkapazität errechnet sich mit den in Abschnitt 13.2.4 genannten Daten für eine Patientenliegezeit von 13 Tagen ein Bilddatenvolumen von etwa 150 Gbyte, das im Directzugriff gespeichert werden muß. Um Bilder für die Dauer eines Jahres zu archivieren und im direkten Zugriff zu halten, benötigt man eine Speicherkapazität in der Größenordnung von $2,5 \cdot 10^{12}$ byte, unkomprimiert. Mit optischen Speichermedien können solche Archivkapazitäten heute realisiert werden. Durch Datenkompression kann die benötigte Speicherkapazität noch um den Kompressionsfaktor 2.5:1 reduziert werden.

Die *mittlere* Netzbelastung liegt nach Abschnitt 13.2.4 während der Hauptlastzeit bei großordnungsmäßig 6 Mbyte/s. Mit etwa 8 Mbyte/s liegt der zu fordernde Spitzenwert für die Übertragung eines einzischen angeforderten Bildes (8 Mbyte Bildinformation) in einer Sekunde noch etwas höher. Nach eigenen Untersuchungen wird mit FDDI bei einer Signalrate von 100 Mbit/s heute ein Durchsatz von etwa 3 Mbyte/s erreicht. Obwohl anzunehmen ist, daß in Zukunft Kommunikationsnetze mit höherem Datendurchsatz zur Verfügung stehen, wurde bei SIENET (s. Abschnitt 13.3) eine Systemarchitektur gewählt, die die Engpässe beim Datendurchsatz bereits durch den konzeptionellen Ansatz reduziert [13.19].

In der täglichen Routine wird von PACS hohe Systemverfügbarkeit, fehlerloses Verhalten und absolute Datensicherheit gefordert. Dies bedeutet, daß in der Routine die Datenhaltung und die Netzkonfiguration redundant ausgetragen sein müssen.

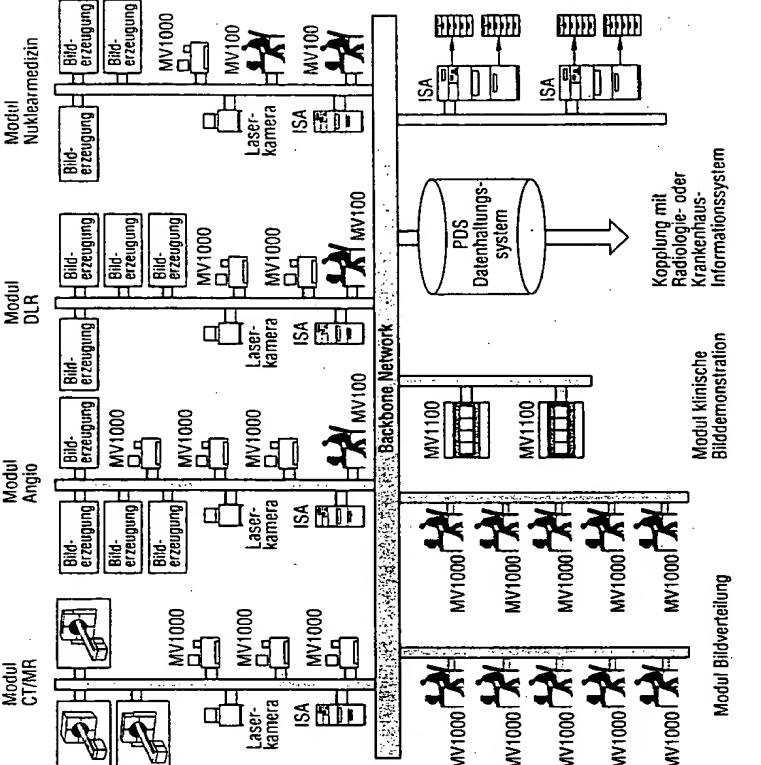


Bild 13.3 Systemarchitektur von SIENET

es hin optimiert.

Die Integration der einzelnen Moduln zu einem Gesamtsystem erfolgt durch das „Backbone Network“ und das übergreifende Datenhaltungssystem PDS (Patienten Daten System).

Die hier vorgestellte Systemarchitektur bietet wesentliche Vorteile [13,20]:

Das Gesamtsystem kann schrittweise auf- und ausgebaut werden. Die Betriebsbereitschaft des Gesamtsystems wird erhöht. Selbst bei Totalausfall eines Moduls können die anderen Systemteile ungestört weiterarbeiten. Engpässe bei der Bildkommunikation werden vermieden. Die Datenkommunikation kann schrittweise aufgebaut werden.

Jedes Modul kann optimal an die Gegebenheiten der zugeordneten Organisationseinheit angepaßt werden. So wird z. B. zum Transport der (relativ geringen) Datenmengen von CT- oder MR-Modalitäten zu den zugeordneten Arbeitsplätzen ETHERNET, aber für die digitale Lumineszenzradiographie (DLR) oder Anglo-Szenen FDDI als Netzwerk eingesetzt.

hierarchische Datenhaltung.
Die Systemarchitektur bleibt
ten (Bild 13.4).

These structural system characteristics offer significant advantages [13.20].

Das Gesamtsystem kann schrittweise auf- und ausgebaut werden. Die Betriebsbereitschaft des Gesamtsystems wird erhöht. Selbst bei Totalausfall eines Moduls können die anderen Systemteile ungestört weiterarbeiten. Engpässen bei der Bildkommunikation werden vermieden. Die Datenkommunikation kann auf verschiedene Weise realisiert werden.

Jedes Modul kann optimal an die Gegebenheiten der zugeordneten Organisationseinheit angepaßt werden. So wird z. B. zum Transport der (relativ geringen) Datennmenge von CT- oder MR-Modalitäten zu den zugeordneten Arbeitsplätzen ETHERNET, aber für die digitale Lumineszenzradiographie (DLR) oder Angio-Szenen FDDI als Netzwerk eingesetzt.

13.3.2 Bildspeicherung und Archivierung

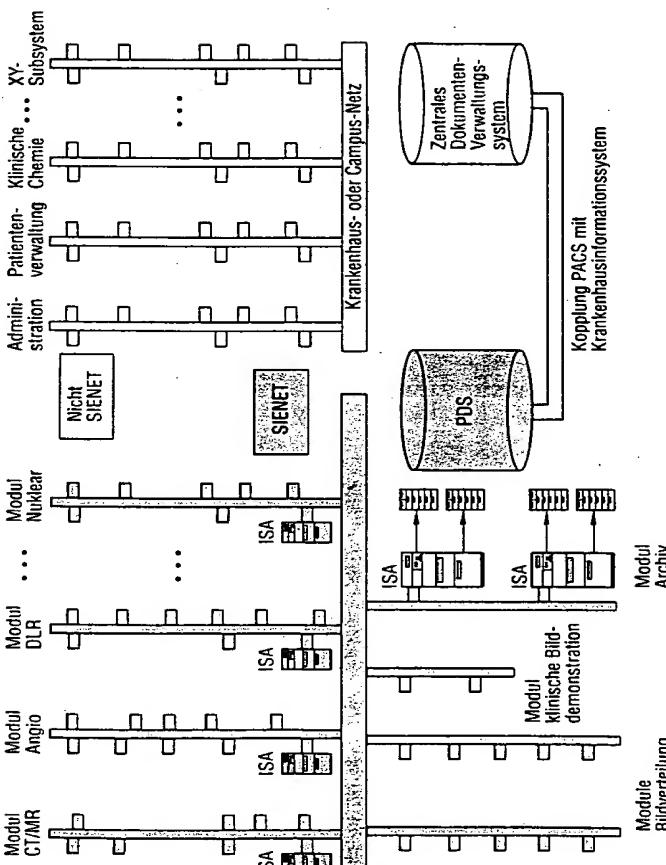
SIENET realisiert ein hierarchisches Datenhaltungssystem (Bild 13.5), verteilt auf fünf Ebenen:

Ebene 1: Bildseiten-Medialität

Ebene 2: Bildbefundungsplätze MagicView Workstations
Ebenen 3 und 4: Bildspeicherung auf schnellen Magnetplatten
Ebene 5: Bildarchivierung auf optischen Medien (on- und off-line).

Die Ebenen 3, 4 und 5 werden zusammengefaßt unter der Bezeichnung ISA (Image Storage and Archiving). Neu akquirierte Bilder werden zunächst immer in zwei dieser Ebenen simultan gespeichert (Modalität und Workstation bzw. Workstation und ISA), bis diese im Archiv auf optischen Platten unzerstörbar abgelegt sind. Dies garantiert ein hohes Maß an Datensicherheit.

Zusätzliche Datensicherung bietet die sogenannte RAID-Architektur in der ISA. RAID bedeutet Redundant Array of Independent Disks [32]. Das RAID-Prinzip ist in Bild 13.6 dargestellt.



13.4 Systemarchitekturen eines Krankenhaußinformationssystems

Bild 13.5 Hierarchische Datenhaltung im SIENET

z. B. acht einzelnen Winchester-Plattenlaufwerken mit je 1 Gbyte aufgebaut. Die Bildmatrizen, bestehend aus $n \times n$ Pixeln, jedes Pixel dargestellt mit zwei Byte, werden sequentiell zunächst auf Platte 1, wenn diese voll ist, weiter auf Platte 2 usw. gespeichert. Bei Ausfall eines der Laufwerke sind alle auf diesem Laufwerk gespeicherten Bilder nicht mehr verfügbar, bei einem „Crash“ der Platte sogar für immer verloren. Anders verhält es sich bei einer RAID-Konfiguration:

Jedem der acht Winchester-Laufwerke ist ein Bit eines jeden Byte zugeordnet; ein zusätzliches Fehler-Rekonstruktionsbit wird jedem Byte zugefügt und auf dem Laufwerk Nummer 9 gespeichert. Fällt in einer solchen Konfiguration ein beliebiges Laufwerk aus, so läßt sich dennoch der vollständige Informationsinhalt eines jeden Byte aller Bilder über das Fehler-Rekonstruktionsbit rekonstruieren. Statt des hier an acht plus einem parallel betriebenen Plattenlaufwerken erläuterten RAID-Prinzips werden in der Praxis bevorzugt vier plus ein Plattenlaufwerk mit unterschiedlichen Fehlerkorrekturalgorithmen verwendet.

Die RAID-Architektur ist fehler tolerant bei – im gezeigten Beispiel – einem Zusatzaufwand von nur 12,5% im Vergleich zum notwendigen Aufwand bei der kompletten Spiegelung aller Daten auf einem redundanten Speichersystem. Zusätzlich erhöht RAID die Schreib- bzw. Lesegeschwindigkeit. Alle Bits eines

bei acht Laufwerken einen Zeitgewinn um den Faktor 8. Praktisch kann man etwa 60% dieses Gewinns realisieren.

Um das große Bilddatenvolumen bei gleichzeitig schnellem Zugriff auf die Bilder zu beherrschen, wird die Datenhaltung im SIENET auf die einzelnen Module verteilt. Jedes Modul in Bild 13.3 kann eine oder mehrere ISA haben. Die Strukturierung der Bildspeicherung in

noch unbefundete Patientenuntersuchungen, gespeichert auf den MagicView-Workstation-Speichern (Ebene 2),

befundete aktuelle Patientenuntersuchungen, gespeichert im Speicher des jeweiligen Moduls (Ebene 3),

komplette Patientenmappen der aktuellen Patienten inklusive aller Voruntersuchungen, gespeichert im schnellen Speicher (Ebene 4).

Langzeitspeicherung aller Patientenmappen auf optischen Medien (Ebene 5) erlaubt kürzeste Such- und Zugriffszeiten auf Patientenuntersuchungen.

Um den Benutzer nicht explizit mit dieser verteilten Datensicherung zu belästigen, verwaltet ein zentrales Datenbanksystem PDS (Patienten Datenverwaltungs System) die verteilten Speichersysteme der Ebenen 3, 4 und 5. PDS verwaltet nicht nur die on-line gespeicherten Bilder, sondern auch die in Ebene 5 off-line archivierten Daten. Es ist selbstverständlich, daß aus Gründen der Datensicherung die PDS-Daten auf einem austauschbaren System (z. B. RAID) verwaltet und zusätzlich im regelmäßigen Zeitabständen auf off-line-Datenträger gesichert werden.

13.3.3 Kommunikationsnetz

SIENET verwendet TCP/IP als Kommunikationsprotokoll sowohl auf ETHERNET als auch auf FDDI. ETHERNET ist als kostengünstige Lösung immer dann einzusetzen, wenn die Signalrate von 10 Mbit/s mit einem Punkt-zu-Punkt-Bilddurchsatz von etwa 600 kbyte/s den Anforderungen genügt. Ein typisches Beispiel hierfür ist die Übernahme der Bilder einer CT-Untersuchung von dem Computertomographen über das Netz in den zugeordneten Bildarbeitsplatz.

Anders stellt sich die Situation dar, wenn mehrere Teilnehmer gleichzeitig Daten über das Netz schicken wollen. Kollisionen der einzelnen Datenpakete und die notwendigen Protokollwiederholungen führen, dann bei ETHERNET zu drastischem Absinken des Datendurchsatzes. Für die Verbindungen zwischen Bildarbeitsplätzen und den Bildspeichersystemen wird deshalb das FDDI-Netz benutzt, dessen Protokoll auch bei mehreren, gleichzeitig das Netz beanspru-

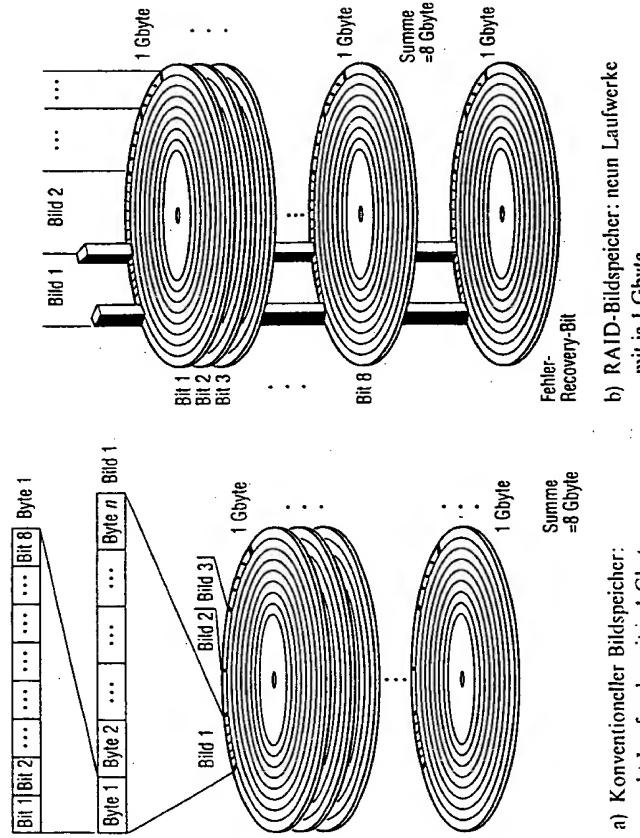


Bild 13.6 RAID-Architektur (Redundant Array of Independent Disks)



bei größeren Datenn Mengen benötigt, z. B. bei Thorax-Untersuchungen mit DLR (eine Untersuchung besteht z. B. aus drei Bildern mit je 8 Mbyte) oder bei Angiographic-Untersuchungen (eine Untersuchung mit z. B. 20 Bildern je 2 Mbyte). Da SIENET sowohl in ETHERNET als auch in FDDI-Netzen das gleiche Übertragungsprotokoll TCP/IP verwendet, können beide Netze sehr einfach über sogenannte Bridges miteinander verbunden werden.

13.3.4 Bildarbeitsplätze

Unter der Produktbezeichnung MagicView Workstations stehen in SIENET Bildarbeitsplätze höchster Leistung und Bildqualität zur Bildinterpretation und Befundung zur Verfügung. Ein Hostrechner (Sparc mit UNIX Betriebssystem) und Bildspeicher bilden zusammen mit einer standardisierten Modulbibliothek für die Bildverarbeitungsprogramme und die Benutzeroberfläche die Plattform der Bildarbeitsplätze. Zur Erhöhung der Rechenleistung für komplexe Bildverarbeitungen wird der Hostrechner durch schnelle Bildrechner des SMI-5-Systems unterstützt (Siemens Medical Imaging System, 5. Generation). Hochkontrastmonitore SIMOMED (54 cm Bildschirmdiagonale, 1280 Zeilen mit je 1024 Bildpunkten) bieten höchste Bildqualität. Monitore mit einer Ortsauflösung von 1800 Zeilen und 2400 Bildpunkten je Zeile, bei sonst gleichen Leistungsdaten werden in absehbarer Zeit zur Verfügung stehen. Der Bildarbeitsplatz MagicView unterstützt die in Tabelle 13.2 aufgeführten Funktionen.

Der Bildarbeitsplatz ist modular von ein bis zu sechs Bildmonitoren ausbaubar (Bild 13.7). Die Bilddarstellung auf den Monitoren ist konfigurierbar. Zusätzlich zu dieser Bilddarstellung im sogenannten „Diagnostic View“ können Bildserien,

BEST AVAILABLE COPY

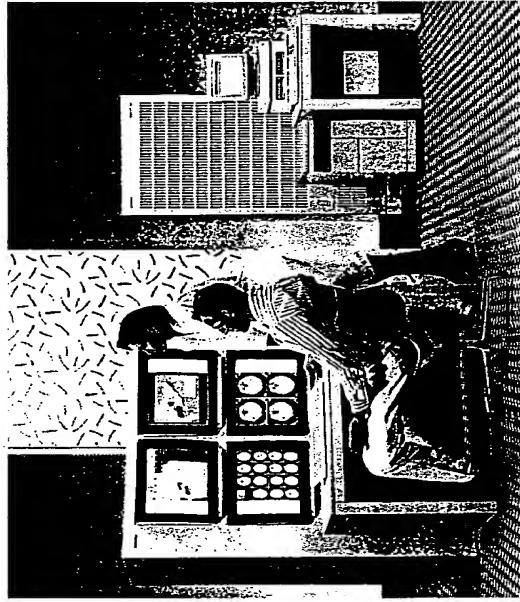


Bild 13.7 Siemens-Bildarbeitsplätze

Tabelle 13.2 Hauptfunktionen des Bildarbeitsplatzes SIENET MagicView Workstation

Administrative Funktionen	Bilddarstellung	Bildauswertung	In Vorbereitung
Benutzeridentifikation über Parwort, Benutzerprofile, Erst. von Bildmappen, Archivfragen, Druckanträge an Kamera, Kommunikation, Arbeitslisten	Bildmappen, Übersicht, Diagnose, Stapel, Temporär, Grauwertverstärkung, Vergrößerung, Verkleinerung, Grauwertinversion, Bilddrehung, Bildspiegelung	Länge, Winkel, Fläche, Pixelstatistik, Region of interest, Dichtemessung, Subtraktion, Addition	Multiplan, Rekonstruktion, 3D-Rekonstruktion

z. B. die Schichtfolge einer CT-Untersuchung, im sogenannten „Stack View“ gestapelt dargestellt werden. Der Benutzer kann durch diesen Bildstapel interaktiv schnell durchblättern und dadurch einen quasi-dreidimensionalen Eindruck der enthaltenen Information bekommen. Zur schnellen Übersicht des kompletten Inhaltes einer „digitalen Filmtüte“ kann der gesamte Bildinhalt in einer Übersichtsdarstellung mit sehr vielen stark verkleinerten Bildern abgebildet werden. Diese Flexibilität des Bildarbeitsplatzes ermöglicht die größtmögliche Anpassung an die Aufgabenstellung des jeweiligen Einsatzortes.

An vielen Stellen innerhalb und außerhalb der Radiologie sollen Bilder nur betrachtet, nicht aber weiterverarbeitet werden. Dafür stehen in SIENET Bildbetrachtungsplätze, die MagicView 200 Workstations zur Verfügung.

Die schnelle Verteilung von Bildern zu den Bildbetrachtungsplätzen, innerhalb der Radiologie und zu den klinischen Anwendern geschieht über das Kommunikationsnetz, je nach Anwenderforderung über ETHERNET oder FDDI.

Nicht in jedem Fall kann die Bildverteilung zu jedem Empfänger im Krankenhaus über das Kommunikationsnetz erfolgen, und auch bei ambulanten Patienten müssen Bilder dem überweisenden Arzt als Filmkopie übermittelt werden. Hierzu können digital gespeicherte Bilder aus dem SIENET über Laserkameras (auch Filmprinter genannt) dokumentiert werden. Zum Anschluß von Laserkameras unterschiedlicher Hersteller steht der Camera-Server CS als SIENET-Produkt zur Verfügung. Der CS adaptiert unterschiedliche Fremdkameras an die SIENET-Kommunikationsprotokolle.

Umgekehrt müssen alte bzw. von ambulanten Patienten mitgebrachte Filmbilder in SIENET übernommen werden können. Filmdigitalisierer tasten dazu die konventionellen Röntgenfilme ab und übergeben die digitalisierten Bilder, systemkonform formatiert, an SIENET ab.

13.4 Systemplanung, Systemrealisierung, Systembetrieb

Abschließend sei betont, daß zur Realisierung eines PACS in einer konkreten Anwendersumgebung die dafür benötigten Komponenten als Produkte ausgewählt, beschafft und in die individuelle Organisation mit ihren spezifischen Arbeitsabläufen eingepaßt werden müssen. Neben der dazu notwendigen Flexibilität der einzelnen Produkte, besonders ist hier die Parametrierbarkeit der Anwendersoftware gefordert, muß dazu ein Team aus Fachleuten des Anwenders und des Herstellers einen verbindlich vorgegebenen Projekt-Phasen-Plan, klar strukturiert in einzelne Phasen und Meilensteine, erstellen und abarbeiten. Die Hauptphasen sind dabei Systemplanung, Systemrealisierung und Systembetrieb [13.22].

Während der Hersteller die Entwicklung, Fertigung, Vermarktung, Lieferung und Instandhaltung der Hardware- und Softwarekomponenten des Systems zu verantworten hat, müssen Systemplanung, Systemrealisierung und Systembetrieb als systemspezifische Leistungen in enger Kooperation zwischen Anwender und Hersteller erbracht werden. Dieses Systemengineering ist neben Hard- und Software eine für die Qualität des Systems ausschlaggebende Komponente!

1 Physiologie des Sehens

- [1.1] Keidel, W.D.: Sinnesphysiologie. Teil 1. Heidelberg Taschenbücher. Bd. 97. Berlin, Heidelberg, New York: Springer-Verlag 1971
- [1.2] Deejen/Speckmann: Physiologie. 2. Auflage. Abschnitt 3.22. Visuelles System. S. 77 bis 111. Urban & Schwarzenberg, München-Wien-Baltimore. 1994
- [1.3] David, E.; Reichenbacher, J.; Peier, D.: EMVU, die EMV für den Menschen – über die Wirkungen elektrischer, magnetischer und elektromagnetischer Felder auf den Menschen. S. 261 bis 270. ELEKTRIE, Berlin 48 (1994) 7
- [1.4] Rohen, J.W.: Handbuch der mikroskopischen Anatomie. Bd. 3/4. Springer-Verlag 1964
- [1.5] Trendelenburg, W.: Lehrbuch der Physiologie. Der Gesichtssinn. Grundzüge der physiologischen Optik. 2. Aufl. Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer-Verlag 1961
- [1.6] Graff, Th.: Die Akkommodation beim Sehen durch das Nahbrillenglas. Mh. Augenheilkunde 121 (1952) S. 205
- [1.7] Fuortes, M.G.F.: Handbook of sensory physiology. Vol. VII/2. Physiology of photoreceptor organs. Berlin, Heidelberg, New York: Springer-Verlag 1972
- [1.8] Dartnall, H.J.A.: Handbook of sensory physiology. Vol. VII/1. Photochemistry of vision. Berlin, Heidelberg, New York: Springer-Verlag
- [1.9] Baumgartner, G.: Physiologie des zentralen Sehsystems. In: Sehen Sinnesphysiologie 111, S. 276 und 277. München, Wien, Baltimore: Urban & Schwarzenberg 1978
- [1.10] Gebauer, A.; Lissner, J.; Schott, O.: Das Röntgenfernsehen. 2. Aufl. Stuttgart: Georg Thieme Verlag 1974
- [1.11] Ranke, O.F.: Sinnesorgane. In: Handbuch der gesamten Arbeitsmedizin. Bd. 1 (Hrsg.: Lehmann, G.) München, Berlin: Urban & Schwarzenberg 1961
- [1.12] Stange, G.: Ranke's Streulichttheorie bei Blendung. Z. f. Verkehrssicherheit 9 (1963) S. 50 bis 55
- [1.13] Keidel, W.: Rankes Adaptionstheorie. Z. f. Biol. 112 (1961) S. 411 bis 425
- [1.14] Starkiewicz, W.: Physiologische Grundlagen der Helligkeits- und Farbempfindungen. Leipzig: VEB Georg Thieme 1970
- [1.15] Commichau, R.: Adaptionszustand und Unterschieds-Schwellenergie für Lichiblitz. Z. f. Biol. 108 (1956) S. 145 bis 160
- [1.16] Rohen, W.: Funktionelle Anatomie des Nervensystems. Stuttgart, New York: K.F. Schattauer Verlag 1976
- [1.17] Schöberl, H.: Das Sehen. Leipzig: Fachbuchverlag 1958
- [1.18] Zusne, L.: Visual perception of form. New York, London: Academic Press 1970
- [1.19] Kienle, G.: Wahrnehmungsstörung und die nicht euklidische Struktur des Schraums. Stuttgart: Georg Thieme Verlag 1968
- [1.20] Hensel, H.: Allgemeine Sinnesphysiologie. I. Hör- und Geschmack. Geruch. Berlin, Heidelberg, New York: Springer-Verlag 1966
- [1.21] David, E. (Hrsg.): Grundlagen der Sportphysiologie. Erlangen: Perimed-Verlag 1986